

PSYCHOLOGIA ROZWOJOWA, 2005 tom 10, nr 4
s. 13–21

Subiektywny dobrostan ludzi starszych w wybranych badaniach

ROMUALD DERBIS

Zakład Psychologii
Akademia Pedagogiczna im. Jana Długosza
Częstochowa

STRESZCZENIE

Artykuł przedstawia wybrane wyniki badań nad różnymi aspektami starości, które prowadzone są w paradygmacie subiektywnego dobrostanu. Badania realizowane są w nurcie psychologicznym, społecznym i biologicznym. Ostre odróżnianie aspektów starości nie jest łatwe, ale nie jest też konieczne, ponieważ zdrowie traktuje się dzisiaj holistycznie. W tym opracowaniu przykładem podejścia wielowymiarowego i interakcyjnego jest Model Mac Arthura „godnego starzenia się”, w którym uwzględnia się poziom funkcjonowania w wymiarach: biomedycznym, fizjologicznym, psychologicznym i społecznym. Celem praktycznym opracowania jest zwrócenie uwagi na problemy ludzi starych.

WPROWADZENIE

W wyniku małego przyrostu naturalnego i postępu medycyny, który minimalizuje śmiertelność noworodków żyjemy w starzejącym się świecie. Obecnie 10% ludzi ma powyżej 60 lat. W roku 2050 będzie ich 22,1%, natomiast w roku 2100 już 28,1%. Europa jest kontynentem, na którym liczba ludzi starszych niż 60 lat rośnie najszybciej.

W Polsce emerytów i rencistów jest około 9500 tys. Stanowią oni prawie 25% ogółu mieszkańców Polski i 32,5% pełnoletnich obywateli. Świadczenia emerytalne i rentowe obejmują: emerytury, renty z tytułu niezdolności do pracy i renty rodzinne. Jest to możliwe dzięki różnym programom wcześniejszego

przechodzenia na emeryturę, a także dzięki temu, że renty przyznawane są ludziom w różnym wieku. Osoby w wieku emerytalnym (kobiety od 60. roku życia, mężczyźni od roku 65.) stanowią tylko nieco ponad połowę wszystkich osób pobierających świadczenia emerytalne i rentowe. Niemal we wszystkich grupach wiekowych wśród emerytów i rencistów przeważają mężczyźni. Proporcje te odwracają się dopiero wśród osób po 65. roku życia. W gruncie rzeczy starość jest źródłem poczucia zagrożenia dla samych starzejących się ludzi i ich bliskich, a dla współczesnych społeczeństw poważnym wyzwaniem. Jej problemy próbuje się maskować terminami w rodzaju „jesień życia” czy „trzeci wiek”. Mamy do czynienia z czymś w rodzaju deprecjacji starości, która coraz słabiej łączona jest z mądrością, dumą i godnością, a „dziadek” może być nawet terminem o pejoratywnej konotacji. Jest tak często na rynku pracy, gdzie przekroczenie wieku 40 lat w wielu zawodach znacznie zmniejsza szanse zatrudnienia (Zych, 1995). Duża liczba przeżytych lat oddala nas od czynnego życia, osłabia zdrowie, ogranicza dostępność przyjemności i nieuchronnie przybliża do śmierci. Jednakże już w XVII wieku F. Bacon upatrywał możliwość zmniejszenia trudów starości w badaniu jej przyczyn. Dzisiaj wzrost świadomości i wielkości grupy ludzi starszych wymusza na politykach, naukowcach, służbie zdrowia, pracownikach socjalnych zainteresowanie się problemami jej jakości życia oraz waloryzację starości. Jesień życia, jeśli już użyć tej metafory, nie musi być przecież szara.

Przykładem troski o ludzi w jesieni życia

może być II Światowa Konferencja Narodów Zjednoczonych dotycząca starzenia się, która odbyła się w Madrycie w 2002 roku. Międzynarodowy plan działania, jaki tam przyjęto, jest kontynuacją działań rozpoczętych w 1999 roku, który był międzynarodowym rokiem ludzi starszych.

W prezentowanym opracowaniu chcę przedstawić wybrane wyniki badań podejmowanych nad różnymi aspektami starości, które prowadzone są w paradygmacie subiektywnego dobrostanu (Diener, Suh, Oishi, 1997; Kahn, Juster, 2002), zbliżonym do rozważań i badań prowadzonych z użyciem takich pojęć, jak doświadczanie codzienności (Derbis, 2000), poczucie jakości życia (Kowalik, 1993) albo jakość życia psychicznego (Kowalik, 2000). Ostre odróżnianie aspektów starości nie jest łatwe z uwagi chociażby na brak takiej ostrości w omawianych badaniach, co zresztą często jest konsekwencją holistycznego pojmowania zdrowia. Dopełniając obraz problematyki badawczej nad starością, wspominam o nurcie medycznym, w którym coraz częściej wymiar fizjologiczny łączony jest z wymiarem psychologicznym i społecznym, np. w odniesieniu do doświadczania bólu (Ortenburger, 2001). Celem praktycznym opracowania jest zwrócenie uwagi na problemy ludzi starych.

Warto zauważyć, że zakresy pojęć stosowanych w koncepcjach i badaniach nt. jakości życia, jak dotychczas, nie są bynajmniej wyraźnie określone. Co innego oznacza np. *poczucie jakości życia*, pojęcie stosowane najczęściej w psychologicznych podejściach fenomenologicznych, a co innego *jakość życia*, która bywa stosowana często w ekonomicznych i medycznych podejściach ateoretycznych, pragmatycznych czy normatywnych. Operacjonalizacja jakości życia, w odróżnieniu od operacjonalizacji poczucia jakości życia, nie musi uwzględniać subiektywnej perspektywy osoby badanej, bywa, że badaczom wystarcza medyczna czy ekonomiczna, a nawet psychologiczna norma. Rozważania na ten temat w literaturze polskiej prowadzili na przykład Czapiński (1994), Derbis (2000), Kowalik (1993, 1995, 2000). Z kolei *doświadczanie codzienności* oznacza coś więcej niż *subiektywny dobrostan*, który

nie uwzględnia jakości życia psychicznego. W anglojęzycznej literaturze przedmiotu także różnicuje się *subjective well-being* od *quality of life i feeling (sense) of quality of life*. W tym opracowaniu posługiwać się będę głównie terminem subiektywny dobrostan (SD), ponieważ dominuje on w uwzględnionych przeze mnie źródłach (ang. SWB – *subjective well-being*).

BADANIE SUBIEKTYWNEGO DOBROSTANU A WIEK STARSZY

Pojęcie *subiektywny dobrostan* (SD), w odróżnieniu od *dobrostanu*, jest mocno zbliżone semantycznie do pojęcia *poczucia jakości życia*. Określa przedmiot badań, w którym docieka się, w jaki sposób ludzie dokonują oceny swojego życia na podstawie np. takich zmiennych, jak: satysfakcja życiowa, satysfakcja materialna, lęk, depresja oraz pozytywne nastroje i emocje. Ocenianie swojego życia przez daną osobę może mieć formę poznawczą (np. kiedy dana osoba świadomie dokonuje oceny swojego życia jako całości w postaci sądów o nim lub też dokonuje oceny szczególnego aspektu życia, np. rekreacji) lub też formę afektywną (np. ludzie doświadczają przyjemnych lub nieprzyjemnych emocji w swoim życiu).

Osoba posiada wysoki poziom SD, gdy częściej jest zadowolona z życia, radosna i szczęśliwa, niż wtedy gdy doświadcza nieprzyjemnych emocji, jak smutek czy złość.

Osoba z niskim SD jest raczej niezadowolona ze swojego życia, doświadcza radości w małym stopniu, natomiast często odczuwa negatywne emocje, jak lęk i gniew. Kognitywne i afektywne komponenty SD są z sobą ściśle powiązane.

Znakomita większość ludzi ocenia to, co im się przytrafia w życiu, w kategoriach albo dobra, albo zła, i zawsze posiada jakiś poziom SD, nawet jeśli nie myśli o nim.

Obszar SD sięga od agonii do ekstazy, ale uwzględnia także drobne różnice pozwalające odróżnić od siebie ludzi odrobinę szczęśliwych, umiarkowanie szczęśliwych i ekstremalnie szczęśliwych (Czapiński, 1994; Diener, Suh, Oishi, 1997; Kowalik, 2000; Derbis, 2000). Skupienie się tylko na punkcie widzenia re-

spondenta odróżnia obszar SD od tradycyjnej psychologii klinicznej. Podejście takie ma swoje wady i zalety, niemniej jednak powoduje, że respondenci są najważniejszymi autorytetami, a co za tym idzie SD nie może być doskonałą definicją zdrowia psychicznego, ponieważ ludzie mogą być zaburzeni, nawet jeśli są szczęśliwi. Jakkolwiek nie potrafimy stwierdzić, czy SD jest esencją zdrowia psychicznego, możemy stwierdzić, iż jest postrzegane przez ludzi jako bardzo pożądane. Badacz w tym obszarze skupia się przede wszystkim na długoterminowych stanach, ale uwzględnia także chwilowe nastroje. Często to, co daje przyjemność w danej chwili, nie jest tym samym, co powoduje utrzymywanie się długotrwałego SD.

Zmienne, takie jak wykształcenie, rasa, wiek, często bardzo nisko korelują z SD. Campbell, Converse i Rodgers (1976) donieśli, że wszystkie czynniki demograficzne wyjaśniają mniej niż 20% wariancji SWB. Okun i George (za: Diener, Suh, Oishi, 1997) uzyskali nieoczekiwane wyniki, według których obiektywny poziom zdrowia wśród ludzi starszych jedynie w nieznaczny sposób koreluje z SD.

Wyniki badań Allmana (za: Diener, Suh, Oishi, 1997) pokazują, że osoby niepełnosprawne poruszające się na wózkach inwalidzkich były tak samo szczęśliwe, jak osoby zdrowe fizycznie. Przemawia to bardziej za teorią adaptacji, niż za teorią porównań społecznych. Obecność pozytywnego SD w grupach mających jakiekolwiek kłopoty z wykonywaniem czynności powszednich wykazuje, iż obecność adaptacji danej osoby do nawet bardzo trudnych warunków jest istotna. Osoby starsze mają mniejszy dochód, mniejszą swobodę poruszania się, są bardziej narażone na osamotnienie (bycie wdowcem, wdową), a mimo to deklarują większą satysfakcję z życia niż osoby młode. Jakkolwiek adaptacja u ludzi starszych jest nadal potężną siłą, która może tłumić wpływ większości niekorzystnych zdarzeń, może jednak być niekompletna lub zachodzić nie we wszystkich okolicznościach, co sprzyja obniżaniu się ich SD.

Bardzo często do oceny globalnego zadowolenia z życia wykorzystywany jest konstrukt – jakość życia (Derbis, 2000, 2000a).

Kahn i Juster (2002) dokonali podsumowania historii i metod pomiaru jakości życia. Badacze z perspektywy psychologa społecznego i ekonomisty przewidują długoterminową perspektywę rozwoju tego konstruktu. Teorię jakości życia analizują dogłębnie od wielu lat. Prowadzą narodowe i międzynarodowe badania podłużne populacji ludzi dorosłych, także w starszym wieku. Opierając się na przeglądzie literatury, proponują model zysków i strat jako użyteczne narzędzie do analizy jakości życia (por. Derbis, 2000a). Sugerują, że teoria „pogody ducha” może być szczególnie pożyteczna w zrozumieniu jakości życia ludzi starszych. Bardziej charakterystyczne doświadczenia dla procesów starzenia to: wypadki i choroby, straty i żałoba, kryzys dorosłych dzieci, niedobrowolna emerytura, przeprowadzka z domu, w którym mieszkało się od dawna. Duża liczba takich wydarzeń w późnym życiu stwarza pytanie o to, jak skutecznie ludzie poradzą sobie z nimi, tzn. jak takie wydarzenia wpłyną na jakość życia w krótkim czasie i w długim.

Proponują w tym miejscu teorię *pogody ducha*, definiowaną jako zdolność do szybkiego i całkowitego przezwyciężania wyżej wspomnianych okoliczności i wyzwań losu. Holmes i Rahe (1967) stworzyli duży kwestionariusz badający reakcje na takie negatywne wydarzenia. Porównanie między grupami ludzi doświadczającymi różnych poziomów stresujących wydarzeń nie ujawniło znaczących różnic w jakości życia. Tylko żałoba, utrata dziecka lub współmałżonka była analizowana bardziej intensywnie, z uwagą co do rozmiarów i czasu trwania negatywnego wydarzenia. Badania pokazały często przedłużający się smutek w takich przypadkach. Wdowy i wdowcy w ciągu 10 lat badania osiągają znacząco niższe wyniki jakości życia niż grupa kontrolna oraz osiągają wyższe wyniki na skali depresji przez ponad 12 lat. Potencjalnym moderatorem adaptacji do negatywnych wydarzeń może być wsparcie społeczne.

Pogoda ducha może być analizowana w porównaniach między grupami oraz w retrospekcyjnym podejściu. Lepszy, lecz trudniejszy model badawczy wymagałby badań longitudinalnych nad wybraną sekwencją wy-

darzeń. Zawierałby ocenę jakości życia przed stresującym wydarzeniem, w jego trakcie i po jego zakończeniu.

W dalszej części opracowania postaram się przedstawić wyniki wybranych badań, podejmowanych nad różnymi aspektami starości, które prowadzone były w paradygmacie subiektywnego dobrostanu.

WYBRANE ASPEKTY STARZENIA SIĘ W BADANIACH

Problematyka badań nad procesami starzenia się i sytuacją psychologiczną człowieka starego jest tak obszerna, jak problematyka rozwoju w ogóle. Jednakże pomimo prób podniesienia godności procesów starzenia się, jakie podejmują humaniści, w badaniach dominują z natury rzeczy akcenty inwolucyjne nad ewolucyjnymi. Tak jak życie człowieka, najogólniej biorąc, przebiega na wymiarach biologicznych, które dotyczą fizjologii organizmu, i społecznych, które dotyczą relacji człowieka z innymi ludźmi, światem i sobą samym, tak i badania nad starością dotyczą tych samych wymiarów. Uwzględniane bywają podejścia interakcyjne. Stąd można wyróżnić co najmniej trzy ogólne i nierozłączne nurty badań nad procesami starzenia się: biologiczny, społeczny i wielowymiarowy, realizowany w modelach interakcyjnych.

Nurt biologiczny realizowany jest w rozmaitych obszarach medycyny i fizjologii z ważnymi odniesieniami do genetyki. Na przykład Tellegen i in. (1988) donieśli, że około 50% subiektywnego dobrostanu może być przypisane genetyce. Oznacza to, że pozostałe 50% należy łączyć z czynnikami psychologicznymi i społecznymi.

Nurt biologiczny nie mieści się w ramach nakreślonych przez tytuł i cel artykułu, więc nie będę poświęcał mu tutaj uwagi. Chciałbym jedynie napomknąć, że dominują w nim badania nad fizjologicznymi mechanizmami zmian atroficznych i zwyrodnieniowych w poszczególnych narządach i układach oraz konsekwencjami tych zmian dla jakości życia oraz niedołęstwa starczego (de Walden-Gałuszko, 1994; Wołowicka, Jaracz, 1999; Bień, 2003; Bień, Wojszel, Polityńska, Wilmańska, 1999).

Spółeczna problematyka starości zaczęła zyskiwać sobie coraz większą popularność wśród badaczy od początku lat pięćdziesiątych XX wieku. Za jej podjęciem w Polsce przemawiał wzrost odsetka ludzi starszych w społeczeństwach, nasilające się migracje młodych ludzi, którzy opuszczali domy rodzinne, pozbawiając rodziców opieki. Badania empiryczne zostały szeroko rozwinięte w połowie lat sześćdziesiątych. Początkowo głównym przedmiotem zainteresowania były aspekty demograficzne starości. Następne lata przyniosły szereg publikacji dotyczących zagadnień socjoekonomicznych, zdrowotnych i aktywności zawodowej w starszym wieku (Piotrkowski, 1973; Worach-Kordas, 1973, 1999; Staręga, 1976; Frątczak, 1984; Zych, Bartel, 1990; Trafiałek, 1998; Kowalik, Janeczka, 1998; Synak, 2003). W nurcie społecznym można wyróżnić taki, w którym kładzie się nacisk na wymiary psychologiczne, i taki, w którym duże znaczenie nadaje się wymiarom socjologicznym. W ramach pierwszego z nich realizowane są badania nad konsekwencjami zmian biologicznych w zakresie:

- czasów reakcji i tempa ruchów dowolnych;
- cech pamięci i uwagi;
- czynności myślenia, rozumowania i podejmowania decyzji;
- zmian w aktywności psychicznej;
- otępienia starczego.

Także w ramach nurtu psychologicznego badane są psychologiczne konsekwencje starzenia dla subiektywnego dobrostanu:

- pogorszenie zdrowia;
- pogorszenie atrakcyjności fizycznej i wydolności seksualnej;
- spadek autorytetu i znaczenia;
- samotność, osłabienie więzi z innymi i ograniczenie kontaktów społecznych;
- obniżenie kontroli poznawczej, emocjonalnej i poczucia sprawstwa;
- niechęć do zmian i nowości.

W nurcie społecznym o nachyleniu socjologicznym, w którym obecne są w sposób naturalny aspekty psychologiczne i ekonomiczne, podejmowane są problemy społecznych konsekwencji wzrostu na świecie odsetka ludzi po 60.

roku życia. Chodzi o skutki zmian położenia socjalnego ludzi, ról i statusu społecznego. Także o trudności w adaptacji ludzi starszych do szybkich zmian społecznych i technicznych. Badania prowadzone są często w paradygmacie stereotypów i mitów nt. ludzi starszych. Młodzi rzadziej posiadają stereotypy pozytywne, a częściej negatywne. Pozytywne stereotypy to przykładowo: wzorowy dziadek, mędrzec, liberalna matka lub ojciec rodu – patriarcha. Negatywne stereotypy to np.: człowiek słaby, bezbronny, samotny, zniechęcony, niezaangażowany społecznie, wścibski sąsiad, typ włóczęgi, typ złośliwca i skąpca.

Zachowania, opinie i emocje wyrażane przez ludzi starszych pozwalają zauważyć zróżnicowanie ich postaw. Charakteryzować je mogą: regresja, ucieczka, dobrowolna izolacja, przewrotne postępowanie (dążenia do zdobycia wyższej pozycji i zainteresowania), integracja i dostosowanie (włączanie się w życie bez względu na stan zdrowia i wiek, otwartość).

Przykładem podejścia wielowymiarowego i interakcyjnego może być Model Mac Arthura badania „godnego starzenia się”, w którym uwzględniany jest poziom funkcjonowania w wymiarach: biomedycznym, fizjologicznym, psychologicznym i społecznym. Godne starzenie można rozumieć jako taki proces, w którym starzejąca się osoba utrzymuje zadowolenie z życia w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym oraz jednocześnie akceptuje obniżenie emocjonalnej jakości życia. Modelowi temu poświęcę nieco więcej uwagi.

Model Mac Arthura badania godnego starzenia się dotyczy ludzi w wieku 70–79 lat, których zróżnicowano według **kryteriów funkcjonowania fizycznego i poznawczego** na grupy o **trzech poziomach** funkcjonowania: **niskim, średnim i wysokim**. Porównanie tych trzech grup (ze Wsch. Wybrzeża USA) wykazało znaczące różnice w wymiarach: biomedycznym, fizjologicznym, psychologicznym i społecznym.

Model Mac Arthura wykorzystali Andrews, Clark i Luszcz (2002) do badań ludzi starszych w południowej Australii (N = 1947). Badacze, podobnie jak Mac Arthur, zidentyfikowali trzy grupy zróżnicowane poziomem funkcyjno-

wania.

W wywiadzie zbierano dane dotyczące: demografii, zdrowia, depresji, hospitalizacji, warunków, które mogą wpływać na zdrowie, funkcjonowania poznawczego, ruchowego, sprawności fizycznej, aktywności, stylu życia, edukacji i dochodu.

Kwestionariusze dotyczyły funkcjonowania psychologicznego: poczucia godności, kontroli i morale.

Osobno oceniano funkcjonowanie fizyczne (badanie lekarskie) i poznawcze (pamięć, szybkość przetwarzania informacji, zdolności werbalne).

Badanie konsekwencji tej klasyfikacji pozwoliło znaleźć między nimi różnice biologiczne, psychologiczne, społeczne i behawioralne. Badania te sugerują, że Australijczycy, podobnie jak Amerykanie, starzeją się różnie, a proces starzenia może być bardziej albo mniej pomyślny.

Odkryto np. pozytywny wpływ inteligencji, zwłaszcza werbalnej, na zabezpieczenie godnej starości obu płci i pozytywny wpływ niskiego neurotyzmu u kobiet.

Powiązania pomiędzy fizycznym, psychologicznym i społecznym funkcjonowaniem a starzeniem się okazały się ewidentne. Niski poziom aktywności, funkcjonowania fizycznego i zdrowia wiążą się ujemnie z poziomem jakości życia. Ludzie starzejący się bardziej godnie nie tylko mają szansę na dłuższe życie, ale także na doświadczanie lepszej jakości życia.

Główne predyktory demograficzne godnego starzenia różnicujące poziomy funkcjonowania, jakie odkryto w tych badaniach, to:

- młodszy wiek;
- dobra majątkowe;
- wyszkolenie;
- bycie kobietą.

W latach 1992–2000 zmarło w grupie o poziomie funkcjonowania wysokim – 23%, średnim – 38%, niskim – 51% osób objętych badaniami.

Z kolei odkryte predyktory medyczne ujemnie związane z godnym starzeniem się to przede wszystkim:

- artretyzm;

- udar;
- złamanie kości biodrowej;
- zły stan serca;
- chroniczny bronchit.

W obszarze psychologicznym stwierdzono, że niski poziom aktywności, funkcjonowania fizycznego i zdrowia wiąże się ujemnie z poziomem jakości życia. W psychologicznym funkcjonowaniu wszystkie trzy grupy różnią się poziomem depresji, poczuciem godności i morale. Grupa o wysokim poziomie funkcjonowania ma wyższe poczucie kontroli. Poczucie kontroli i godności ma większe znaczenie dla jakości życia niż depresja i morale.

Antonucci, Okorodudu i Akiyama (2002), w swoim artykule na temat jakości życia ludzi starszych, przedstawiają wyniki badań z wielu regionów świata. Jak się okazuje, naukowcy zajmujący się tą problematyką używają wielu modeli badawczych i metodologicznych, aby przedstawić szerokie spektrum procesów starzenia. Wyodrębnić można kilka aspektów tych badań:

- jakość życia ludzi starszych;
- wsparcie społeczne;
- status funkcjonalny i godne starzenie się;
- porównania międzykulturowe.

Aspekt jakości życia podnosiłem wyżej. Jeśli chodzi o wsparcie społeczne, to na całym świecie ważnym tematem badań gerontologicznych jest rozpoznanie roli formalnych i nieformalnych związków z rodziną i przyjaciółmi. Odgrywają one główną rolę w promocji i utrzymywaniu dobrostanu starszych ludzi. Równie ważne jest, jak na te relacje wpływa kontekst kulturowy, w którym one istnieją. Fernandez-Balesteros (za: Antonucci, Okorodudu, Akiyama, 2002), analizując jakość życia ludzi starszych w Hiszpanii, skupia się na wsparciu społecznym oraz jego związkach ze zdrowiem. W Hiszpanii mniej ludzi żyje samotnie niż w pozostałych krajach europejskich. Wielu starszych Hiszpanów mieszka ze swoimi dziećmi i cieszy się mocnymi rodzinnymi związkami. Ludzie ci biorą udział w życiu społecznym głównie za pośrednictwem swojej rodziny. Jest interesujące, że autorka nie znajduje znaczących związków pomiędzy wsparciem społecznym a zdrowiem wśród starszych Hiszpanów pomimo ich stylu

życia.

Z kolei Lang i Schutze (2002), badając relacje rodzic dziecko wśród bardzo starych ludzi w Berlińskim Badaniu Starości, odkryli, że na jakość relacji istotny wpływ ma to, jak dorosłe dzieci reagują na pomoc, której wymagają ich starzy rodzice. Satysfakcja starszych rodziców podnosi się w czasie, kiedy dzieci dostarczają im raczej wsparcia emocjonalnego niż instrumentalnego. Wydaje się, że te odkrycia można uogólnić na wiele różnych krajów i kultur.

Badania, jakie przez siedem lat Van Tilburg i Van Groenou (za: Antonucci, Okorodudu, Akiyama, 2002) prowadzili w Holandii, pokazały, że im lepsze funkcjonalne zdolności jednostki, tym większa społeczna sieć powiązań jednostki i tym mniej instrumentalnego wsparcia otrzymuje ona od innych, a więcej wsparcia daje innym. Zebrane przez nich dane pokazują także, że wzajemność jest ważną zasadą wspierającą wymianę. Im więcej wsparcia dawali badani na początku obserwacji, tym więcej otrzymali po siedmiu latach. Autorzy pokazują, że dawanie wsparcia innym implikuje wyciąganie zysków w przyszłości, gdy ktoś go potrzebuje. Wyniki te potwierdzają znaną w psychologii tezę, że zdrowie jest zasobem, który wymaga wsparcia społecznego.

W starszym wieku większość negatywnych zmian pojawia się jako doświadczanie akumulacji chronicznych napięć związanych z efektami wielu chorób fizycznych, funkcjonalnymi ograniczeniami i stratami społecznymi. Stąd w podejściach funkcjonalnych autorzy proponują rozwój kultury wieku starszego powiązać bezpośrednio z minimalizacją związanych ze zdrowiem ograniczeń życiowych i chronicznych napięć. Ten aspekt można zauważyć w badaniach, jakie przeprowadzili Smith, Borchelt, Maier i Jołop (za: Antonucci, Okorodudu, Akiyama, 2002), którzy skupili się na danych z Berlińskiego Badania Starości oraz w cytowanych wyżej badaniach Andrew, Clarc i Luszcz (2002) przeprowadzonych na populacji ludzi starszych w Australii z zastosowaniem Amerykańskiego Modelu Godnego Starzenia się Mac Arthura.

Model Mac Arthura pozwala nadto realizować postulat porównań międzykulturowych.

Starzenie się społeczeństw nasila się prawie na całym świecie, ale ważne jest także rozpoznanie jego szczególnego przebiegu w każdym kraju, regionach geograficznych, kulturalnych, historycznych i demograficznych, ponieważ predykatory te przyczyniają się do doświadczeń każdego społeczeństwa.

Podejście międzykulturowe realizowane jest także w badaniach, jakie Antonucci, Okorodudu i Akiyama (2002) przeprowadzili nad rolą społecznych relacji w pomaganiu starszym ludziom i radzeniem sobie z deficytami zasobów w późnym życiu. Analizowane deficyty zasobów to: wdowieństwo, choroba, problemy finansowe. Ich wyniki pokazują, że mniej jest różnic, niż można się było spodziewać w rozmiarze lub jakości społecznych relacji pomiędzy 4 analizowanymi krajami (Japonia, Niemcy, Francja, Holandia). Używając symptomów depresji jako wskaźników globalnej jakości życia, badacze ci pokazali, że większe deficyty i więcej negatywnych interakcji wiąże się z niższą jakością życia, np. z wyższymi poziomami symptomów depresji. Szczególnie interesujący jest fakt, że pomiędzy kobietami z Francji i Japonii, ale nie pomiędzy mężczyznami w żadnym kraju, jakość społecznych relacji równoważy negatywne konsekwencje deficytu zasobów. Są to kolejne wyniki, które pokazują, że jakość społecznych relacji może mieć istotny wpływ na pomaganie ludziom, szczególnie kobietom w radzeniu sobie z deficytem zasobów.

Sugisawa, Shibata, Sugihara, Hougham i Liang (za: Antonucci, Okorodudu, Akiyama, 2002) badali związek relacji społecznych i symptomów depresji przez porównanie amerykańskiej i japońskiej próby starszych dorosłych. Znaleźli oni raczej podobieństwa niż różnice pomiędzy tymi dwoma krajami. Posiadanie dobrej więzi z małżonkiem, sąsiadami i krewnymi jest powiązane z niższą depresyjnością w obu krajach. Były także różnice. Dostępność współmałżonka dawała dużo większe różnice w występowaniu mniejszej liczby symptomów depresji w USA niż w Japonii, a obecność dzieci była związana z mniejszą depresyjnością w Japonii, ale nie w USA. Te odkrycia sugerują, że wpływ relacji społecznych na jakość życia

ludzi starszych w poszczególnych krajach, poniekąd także kulturach, może być odmienny, szczególnie przejawy tych różnic zależne są od lokalnych zwyczajów.

Warto zauważyć takie podejścia, w których badania międzykulturowe i międzyetniczne są z sobą połączone, biorąc pod uwagę bardziej globalną perspektywę, która może być szczególnie przydatna w pokazywaniu szerszej, mniej egocentrycznej wiedzy dotyczącej starzenia się. W tym względzie Jacson (2002) postuluje takie podejścia badawcze, które byłyby wrażliwe na narodowe, etniczne i kulturowe ograniczenia, ale także pozwalały rozpoznać ważne różnice pomiędzy starzeniem się na miejscu i na emigracji.

ZAKOŃCZENIE

Wśród funkcji nauki, oprócz deskrypcji, eksplanacji i prognozy wyróżnić można poprawę jakości życia. Ta ostatnia przyczynia się pozytywnie do zażegnania sztucznego podziału na teorię i praktykę. Różne aspekty jakości życia ludzi starszych starałem się w opracowaniu przedstawić z perspektywy fenomenologicznej, wykorzystując do tego celu konstrukt *subiektywny dobrostan*. Jak się wydaje, naukowcy przynajmniej starają się przyczynić do optymalizacji doświadczeń związanych ze starzeniem się oraz do tworzenia społeczeństw dla ludzi w różnym wieku. Stało się jasne, że istnieje nie tylko potrzeba dalszych badań nad procesami starzenia się, ale także konieczne jest instytucjonalne poparcie w kwestii szczegółowej realizacji międzynarodowego planu działania. Dają je poniekąd konferencje Narodów Zjednoczonych i konferencje samorządowe. Wspominana wyżej II Światowa Konferencja Narodów Zjednoczonych, dotycząca starzenia się ludzi, odbyła się w Madrycie w kwietniu 2002 roku. Na tym spotkaniu członkowie ogłosili „Madrycki międzynarodowy plan działania nad procesami starzenia”. Kładzie on nacisk na jakość życia ludzi starszych we wszystkich regionach świata. Zdrowie oraz jakość życia innych ludzi zostały uznane przez ONZ za jeden z najbardziej pilnych i uniwersalnych społecznych problemów naszych czasów.

W związku z tym, że coraz mniej dzieci przychodzi na świat i coraz mniej dzieci umiera we wczesnym dzieciństwie, obie te sprawy mają znaczący wpływ na stopniowy wzrost proporcji starszych ludzi w naszych społeczeństwach. Średnia liczba dzieci na rodzinę spadła w wielu krajach z 4–6 do mniej niż 2. W tym samym czasie najstarsi ludzie, czyli ci, którzy mają 85 lat i więcej, reprezentują najszybciej rosnącą grupę demograficzną na świecie. W rezultacie tworzą oni znaczący na świecie odsetek ludzi (Antonucci, Okorodu, Akiyama, 2002).

Starzenie się jest zarówno indywidualną, jak i społeczną kwestią. Kiedy ONZ ogłosiła międzynarodowy rok ludzi starszych, sekretarz generalny Kofi Annan zwierzył się, że niedawno skończył 60 lat. W dniu, w którym otworzył międzynarodową konferencję madrycką, obchodził 64. urodziny. Otwierając konferencję, powiedział zgromadzonym, że w Afryce jest takie powiedzenie: „Kiedy starszy człowiek umiera, znikają biblioteki”. To przysłowie jasno pokazuje stratę, kiedy doświadczenie, wiedza, historia, i mądrość starszych ludzi ginie. Josefina G. Carbonell z Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych, zastępca sekretarza ds. starzenia się, występując na tej konferencji, powiedziała: „Starzenie się, jeśli nie jest twoją sprawą, to nią będzie”.

Ludzie nie starzeją się samotnie, lecz raczej w rodzinach, społeczeństwach i państwach. Problemy dotyczące starszych ludzi są w związku z tym problemami ich rodzin, społeczeństw i państw.

Trudne jest stworzenie społeczeństwa, które zaspokaja potrzeby wszystkich swoich członków, łatwiejsze – takiego, które podrzuca jedną grupę wiekową innej (opieka dzieci nad dziadkami).

Starsi ludzie powinni być zdolni do kontynuowania swojego rozwoju, do podtrzymywania swojej niezależności tak długo, jak to jest możliwe, oraz powinni brać czynny udział w społecznych aktywnościach oraz móc współpracować w konstruktywny i produktywny sposób ze społeczeństwem. Ta zasada dotyczy niezależności uczestnictwa, opieki, rozwoju osobistego i godności starszych ludzi.

Bardzo ważne dla ludzi w każdym wieku są także międzypokoleniowe relacje. Niewielu ludzi żyje samotnie, a jeszcze mniej żyje bez wielopokoleniowych więzi. Te relacje powinny być zarówno cenione, jak i chronione. Ostatecznie ONZ ustanowiła, że prawem wszystkich ludzi, a szczególnie ludzi starszych jest przyczynianie się do rozwoju ludzi starszych na całym świecie.

Aby to osiągnąć, naukowcy, działacze i politycy muszą zidentyfikować te cele jako niezbędne do rozwoju całego społeczeństwa, tzn. społeczeństwa, w którym jednostki w każdym wieku współpracują z sobą i w tym samym czasie są cenione przez swoje społeczeństwo.

Wielowymiarowe i wielowątkowe podejście do procesów starzenia na świecie, empiryczne dowody z 5 kontynentów pokazują, że wiele rzeczy wiemy, ale wielu musimy się jeszcze nauczyć. Znamy tylko niektóre interesujące podobieństwa oraz istotne różnice

w doświadczaniu starości.

LITERATURA

- Andrews G., Clark M., Luszcz M. (2002), Successful Aging in the Australian Longitudinal Study of Aging: Applying the MacArthur Model Cross-Nationally. *Journal of Social Issues*, 58, 4, 749–765.
- Antonucci T., Okorodu C., Akiyama H. (2002), Well-Being Among Older Adults on Different Continents. *Journal of Social Issues*, 58, 4, 617–626.
- Bień B. (2003), Ochrona ludzi starych w Polsce wyzwaniem dla polityki społecznej. *Praca Socjalna*, 2.
- Bień B., Wojszel B., Polityńska B., Wilmańska J. (1999), Opieka zdrowotna i społeczna nad ludźmi starszymi w Polsce w okresie reform systemowych. *Gerontologia Polska*, 3–4.
- Campbell A., Converse P.E., Rodgers W.L. (1976), *The quality of American life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Czapiński J. (1994), *Psychologia szczęścia*. Warszawa: PTP.
- De Walden-Gałuszko K. (1994). Jakość życia – rozważania ogólne [w:] K. de Walden-Gałuszko, Mankowicz

- M. (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Gdańsk: UG.
- Derbis R. (red.) (2000), *Jakość rozwoju a jakość życia*. Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
- Derbis R. (2000a), *Doświadczenie codzienności. Poczucie jakości życia, swoboda działania, poczucie odpowiedzialności, wartości osób bezrobotnych*. Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
- Diener E., Suh E., Oishi S. (1997), Subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 3.
- Frątczak E. (1984), Proces starzenia się ludności Polski a proces urbanizacji. *Monografie i Opracowania*, 145.
- Holmes T.H., Rahe R.H. (1967), The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213–218.
- Jacson J. (2002), Conceptual and methodological linkages in cross-cultural groups and cross-national aging research. *Journal of Social Issues*, 58, 4, 825–836.
- Kahn R., Juster F. (2002), Well-Being: Concepts and Measures. *Journal of Social Issues*, 58, 4, 627–644.
- Kowalik S. (1993), Psychologiczne wymiary jakości życia [w:] A. Bańka, R. Derbis (red.), *Myśl psychologiczna w Polsce Odrodzonej*. Poznań – Częstochowa: Gemini.
- Kowalik S. (1994), Temporalne uwarunkowania jakości życia [w:] A. Bańka, R. Derbis (red.), *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*. Poznań – Częstochowa: Gemini.
- Kowalik S. (1995), Pomiar jakości życia – kontrowersje teoretyczne [w:] A. Bańka, R. Derbis (red.), *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo i bezrobotnych*. Poznań – Częstochowa: Print-B.
- Kowalik S. (2000), Jakość życia psychicznego [w:] R. Derbis (red.), *Jakość rozwoju a jakość życia*. Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
- Kowalik S., Janecka Z. (1998), Użyteczność koncepcji jakości życia dla procesu rehabilitacji osób niepełnosprawnych [w:] *Rozwiązywanie problemów życiowych mieszkańców domów opieki społecznej. Materiały Stowarzyszenia Przyjaciół i Sympatyków Domu Pomocy Społecznej w Jarogniewicach*, 3, 9–30. Kościan: AGA.
- Lang F., Schutze Y. (2002), Adult Children's Supportive Behaviors and Older Parents' Subjective Well-Being – A Developmental Perspective on Intergenerational Relationships, *Journal of Social Issues*, 58, 4, 661–680.
- Ortenburger D. (2001), *Psychofizjologiczne uwarunkowania bólu i jego leczenie*. Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
- Piotrowski J. (1973), *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*. Warszawa: PWN.
- Rembowski J. (1984), *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*. Warszawa: PWN.
- Staręga J. (1976), *Ludzie starzy a praca zawodowa*. Warszawa: PWN.
- Synak B. (2003), Polska starość – próba zarysowania diagnozy i kierunku przemian. *Praca Socjalna*, 2.
- Tellegen A., Lykken D., Bouchard T.J., Wilcox K.J., Segal N.J., Rich S. (1988), Personality similarity in twins reared apart and together. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1031–1039.
- Trafialek E. (1998), *Życie na emeryturze w warunkach polskich przemian systemowych. Studium teoretyczno-diagnostyczne*. Kielce: Wydawnictwo WSP.
- Wołowicka L., Jaracz K. (1999), Jakość życia po intensywnej terapii stanów nieprzytomności. *Anestezjologia i Intensywna Terapia*, II.
- Worach-Kordas H. (1973), *Nauczyciele a emerytura*. Warszawa: PWN.
- Worach-Kordas H. (1999), Starość jako wartość w kontekście zdrowia i długiego życia. *Etos*, 47.
- Zych A. (1995), *Człowiek wobec starości*. Warszawa: Interat.
- Zych A., Bartel R. (1990), *Sytuacja życiowa ludzi w podeszłym wieku w Polsce i Republice Federalnej Niemiec*. Kielce: Wydawnictwo WSP.